

Tolna megyei Tanács Megyei Kórház-Rendelőintézete

Szekszárd

A gépi uton előállított kórházi zárójelentés

Jávor András, Leposa Dezső és Kuszenda Sándor

A kórházi ápolás eseményeinek és eredményeinek egyetlen, elvben bármikor hozzáférhető dokumentuma a beteg és kezelő orvos számára a kórházi zárójelentés. Ma már többé-kevésbé pontosan tudjuk, hogy milyen adatokat kell feltétlenül tartalmaznia, de a kiegészítő adatok természetére és mennyiségére, ezek csoportosítására vonatkozóan nem beszélhetünk egységes szemléletről. Kórházanként, de még ezen belül osztályonként is különböznek mind tartalmilag, mind formailag a zárójelentések, és ezek az eltérések nem magyarázhatók pusztán a különböző klinikai szakmák eltérő igényeivel. A zárójelentés összeállítása, az epiorisis megfogalmazása nem egyetemi tananyag, az egymást követő orvosnemzedékek részben ösztönösen, részben főorvosi utmutatások alapján átveszik elődeik stílusát, szemléletét, és az évek során ezt formálják saját klinikai tapasztalataik alapján. Ritkán olyan végletek is előfordulnak, mint a teljesség, az ápolás során keletkezett valamennyi adat felhalmozása, mely a zárójelentést áttekinthetetlenné teszi, és indokolatlan adminisztratív megterhelést jelent, vagy csak a diagnózis és az epiorisis ismertetése, mely fontos klinikai paraméterek elhallgatásával nehezíti a beteg további gyógyítását.

Feladatunk az volt, hogy olyan gépi zárójelentést készítsünk, mely a Megyei Kórház minden osztályán használható, általános orvosi (körzeti orvosi) szinten könnyen értelmezhető és ugyanakkor számítógéppel elkészíthető legyen. A kezelést végző osztályon, a betegazonosító, az ápolás időpontjára vonatkozó adatokon kívül a zárójelentésnek tartalmaznia kell az ápolási folyamat során keletkezett legfontosabb adatokat. Ezeket úgy csoportosítottuk, hogy sorrendiségük modellizálja az orvosi gondolkodás, a diagnózis alkotás logikáját, és így esetleg továbbképzésül is szolgálhasson a körzeti orvosok számára. Minden adatot a keletkezés időpontjával jelöltünk meg, és időrendben ábrázoltunk. A következő fő csoportokat képeztük:

1.) anamnesis.

Ebben a csoportban nemcsak azok az anamnestikus adatok szerepelnek, melyeket a betegfelvételnél rögzítettünk, hanem ugyanide soroltuk az észlelés során jelentkezett minden új panaszt, mely döntően befolyásolta a végső diagnózist. Sorrendiségüket az időpont egyértelműen biztosította.

2.) Fizikális status.

Természetesen itt is érvényesek az előbb említettek, a fizikális status az ápolási folyamat során többször és lényegesen változhat, és ezeknek a változásoknak is szerepelni kell a zárójelentésben.

3.) Vizsgálati eredmények.

Ez az alcsoport a zárójelentésben belül a legterjedelmesebb. Tartalmazza a laboratóriumi eredményeket, a radiológiai vizsgálatokat, az összes műszeres vizsgálatot (pl.: EKG, EEG, endoscopia, légzés-functio stb.), a szövettani leleteket és a consiliumok eredményeit. Az eredmények az off-line betegkövetés szerint kialakított struktúrában ábrázolódnak, az azonos fajtájú adatok csoportosítottak, és időrendi sorrendben követik egymást. Fontos szempont itt is a tagoltság, hogy ez a viszonylag nagy mennyiségű adat is jól áttekinthető legyen.

Miután az anamnesis, a fizikális status és az ezek alapján szükségesnek tartott vizsgálati eredmények rendelkezésre állnak, az orvos felállítja a

4.) diagnosis(oka)t.

Noha formailag jelzett különbséget nem tettünk, mégis logikailag fontosnak tartjuk, hogy az első helyen az ápolást indokló alapbetegség, majd ennek szövődményei és végül a kísérő betegségek helyezkedjenek el.

5.) Therapia.

Ebben az alcsoportban nemcsak a gyógyszeres therapia szerepel szigorúan keltezve, hanem a műtéti beavatkozások is. Komoly gondot

okoz azonban nekünk, hogy ma egyre több olyan műtéti beavatkozás történik, amely diagnosztikus jellegű (pl.: exploratív laparatomia, staging laparatomia stb.), s szerepeltetésük ebben az alcsoportban nem indokolt. A műtétek kettős kezelése azonban nem egyértelmű, hiszen ezek során is történhetnek therapias beavatkozások (pl.: staging laparatomia során splenectomia). Az ellentmondás feloldása a jövő feladata.

6.) Epicrisis.

Lényegében véve a diagnosis mellett manapság ez a legtöbbet olvasott része a zárójelentésnek. Itt indokolja meg a klinikus a diagnoszt és a választott therapiát, itt mutat rá ezek korlátaira, vagy esetleges eredménytelenségére. Itt szerepelnek a beteg eljövendő sorsára, további gyógykezelésére vonatkozó javaslatai. A zárójelentést a főorvos és az osztályos orvos neve zárja.

A gépi zárójelentés készítést a Megyei Kórház IV.sz. Belgyógyászati Osztályán vezettük be 1977. júniusában kísérletképpen. Az ápolási folyamat off-line nyomonkövetése lehetővé tette a klinikai adatok gépi tárolását. Az adatokat naponta egyszer rögzítettük, és kezdetben azokat, amelyeket később a zárójelentésben szerepeltetni kívántunk, a rögzítéskor megjelöltünk. Később fény derült arra, hogy ez a megoldási mód nem elég rugalmas, olyan adatok, amelyek kezdetben jelentéktelennek tűnnek, később, a végső diagnosis tükrében döntőnek bizonyulhatnak. Jelenleg az elbocsátás előtt a rendezett adatokat áttekintjük, és ekkor jelöljük meg azokat, amelyeket a zárójelentésbe kívánunk felvenni. Az orvos feladata az adatmegjelölésen kívül még a diagnosis és az epicrisis rögzítése az osztályra kihelyezett display segítségével. Miután kórházunkban főigazgatói utasítás írja elő a hagyományos adminisztráció írógéppel történő rögzítését, maga a display consol kezelése nem jelent különösebb problémát orvosaink számára. A zárójelentés A/4 formátumban, négy példányban készül, kettőt a beteg kap, egy a kórlapba kerül, a negyediket az osztály saját archívumában helyezünk el.

Első tapasztalataink kedvezőek. A zárójelentés készítése egyszerűbbé és egyben egységesebbé vált. A hagyományos módon eddig ezt az osztályos adminisztrátor az orvos aktív közreműködésével gépelte. Az anamnesist, a fizikális statust, amely a kórlapban szerepelt, újra kellett fogalmazni és rögzíteni. Sokszor az osztályos orvosok elfog-

laltsága miatt az adminisztrátorra volt bízva, hogy a vizsgálati adatokból mik szerepeljenek a zárójelentésben. Természetes, hogy ilyenkor inkább a teljességet választotta. Komoly adminisztratív megterhelést jelentett és jelentős időt vett igénybe, amikor az adminisztrátor távollétében vagy hiányában az orvos sajátkezűleg gépelte az egész zárójelentést.

A gépi uton előállított zárójelentés ezeket a nehézségeket nagyrészt kiküszöbölte. Az off-line üzemmód mellett kialakított struktúra segítségével az adatok a későbbi zárójelentés kívánalmainak megfelelően csoportosítottan tároltak, időrendiségük a folyamatos adatrögzítés mellett adott. Véleményünk szerint a struktúra minden klinikai szakma számára használható. A zárójelentés bizonyos részének elhagyásával kórbonctani felszólítóvá alakítható, s célprogramok segítségével különböző jelentések (pl.: onkológiai) készítésére alkalmas.

Az orvosok adminisztratív megterhelését jelentősen csökkenti, hisz a folyamatos adatbevitelt szakképzett, középfoku végzettséggel rendelkező adatrögzítő végzi, és így az orvos tényleges adminisztratív feladata a szerepeltetni kívánt adatok megjelölésén túl csupán a diagnosis és az epicrisis rögzítése. A gépi zárójelentés tagolt, jól áttekinthető, a különböző részek jól elkülönülnek. A körzeti orvosok kedvezően fogadták, előnyének tartják a hagyományossal szemben az összes közölt adat pontos keltezését és időrendiségét.

Nem szabad elhallgatnunk némely hátrányát. Hosszabb időt vesz igénybe az adatok megjelölése az off-line üzemmódban. Reméljük ezt kiküszöböli a jövő év elején bevezetésre kerülő on-line üzemmódu ápolási alrendszerünk. A zárójelentés egyenlőre nem tiszteli a magyar nyelv helyesírási szabályait. Itt elsősorban az á, é, i, ó, u és az ő, ű betűk problémájára gondolunk, és arra, hogy a sor végén a szavak elválasztása nem konventionális. Véleményünk szerint ezek nem rontják értelmezését, a betegeknek nem jelentenek különösebb problémát. A szavak elválasztásának megoldásán jelenleg dolgozunk.

Összegezve: tapasztalataink kedvezőek, és reméljük ezt akkor is megerősíthetjük, ha minden klinikai osztályon kísérletképpen kipróbálhatjuk. A jelenlegi gépi zárójelentés hasonló strukturáltsággal az ápolási folyamat on-line nyomkövetése során is használható lesz, tovább csökkentve az orvosok adminisztratív megterhelését, pontos és megfelelő adatszolgáltatással elősegítve a betegek kórházon túli gyógyítását.